

(Paraiškos panaikinti asmens sveikatos priežiūros praktikos licencijos galiojimo sustabdymą forma)

(asmens vardas ir pavardė)																													
(šalies kodas)			(asmens kodas)												(spaudos numeris)														
(adresas korespondencijai)																													
(telefono numeris)										(elektroninis paštas)																			

Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai
prie Sveikatos apsaugos ministerijos

PARAIŠKA PANAIKINTI ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PRAKTIKOS LICENCIJOS

GALIOJIMO SUSTABDYMĄ

				-			-		
				(data)					

Prašau panaikinti asmens sveikatos priežiūros praktikos licencijos Nr.

--	--	--	--	--

, išduotos

--	--	--	--

 -

--	--

 -

--	--

, galiojimo sustabdymą.

Pateikiamas (-i) dokumentas (-ai) (pažymėti X):

☐ Dokumentas (-ai), įrodantis (-ys), kad išnyko licencijos galiojimo sustabdymo pagrindas (-ai) ir (ar) įvykdyti Tarnybos nustatyti kvalifikacijos tobulinimo reikalavimai, ☐ lapas (-ai).

Su Asmens sveikatos priežiūros praktikos licencijavimo taisyklėmis susipažinau.

(parašas)

(dokumentus pateikusiojo vardas ir pavardė)